

Comment « marchent » des chiffres en santé au travail dans l'entreprise ? À propos des enjeux sociaux dans les usages de l'observatoire EVREST¹

AUTEURS :

L. Rollin, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

C. Buisset, Agemetra Lyon

C. Cormorèche, Agemetra Lyon

A. Leroyer, CHU de Lille

C. Lenotre, CHU de Rouen

M. Gilles, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

B. Barlet, Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO), Université Paris Dauphine

A.F. Molinié, S. Volkoff, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), Centre d'études de l'emploi et du travail

EN RÉSUMÉ

À partir de quelques exemples vécus par les médecins et analysés ultérieurement, cet article étudie les modes de déroulement des « EVREST-entreprises » et leur aboutissement. En quoi les positions des acteurs vis-à-vis d'EVREST sont-elles révélatrices de tensions, y compris sur les manières de définir la santé au travail et d'agir en ce domaine ? La question majeure de savoir si l'équipe de santé au travail peut tenir de bout en bout la perspective qu'elle souhaitait proposer aux réflexions communes est analysée. Le caractère mouvant de tous ces positionnements est également à prendre en compte. Enfin, la conclusion est consacrée à une élucidation des impasses ou dérives possibles, et aux façons d'y échapper.

MOTS CLÉS

Santé au travail /
Conditions de
travail / EVREST

1. EVREST : Evolutions des Relations en Santé au Travail. Cet article est aussi issu des échanges au sein de l'Équipe projet nationale EVREST qui en a discuté le contenu (voir la liste des membres de cette équipe, ainsi que les informations sur le dispositif EVREST, sur le site <http://evrest.istnfr.fr>).

É

laborer et présenter des résultats statistiques peut avoir plusieurs finalités pour des équipes médicales en santé au travail. Parmi celles-ci, l'une, qui ne sera pas le propos de cet article, reprend à son compte les objectifs de l'épidémiologie professionnelle et s'inscrit ainsi dans le développement plus général de l'*Evidence Based Medicine* (Médecine basée sur les preuves) [1], qui pousse à fonder sur des connaissances scientifiques précises les actions de prévention et l'évaluation de leurs résultats [2]. L'autre, développée ici, s'appuie également sur des connaissances scientifiques concernant les liens santé-travail mais associe les acteurs de terrain dans le processus de construction, de diffusion et d'interprétation des chiffres. L'objectif est alors de conduire, au sein

de réseaux d'acteurs dont la composition et l'implication sont essentielles, des formes d'exploration commune entre des personnes qui n'ont ni les mêmes connaissances ni les mêmes motivations. Le dispositif de quantification joue alors le rôle que lui attribue le socio-historien de la statistique Alain Desrosières [3], celui d'un « langage carrefour » : « une ressource argumentative et décisionnelle souple, susceptible d'usages variés », dans des contextes aussi divers que peuvent l'être les situations de travail. Encore faut-il que cette démarche, menée à l'initiative de l'équipe de santé au travail, parvienne à éveiller l'intérêt d'autres acteurs (dirigeants, encadrement, responsables de diverses fonctions, représentants des salariés...), puis à affiner et déplacer leurs points

Comment « marchent » des chiffres en santé au travail dans l'entreprise ?

À propos des enjeux sociaux dans les usages de l'observatoire EVREST

de vue, enclencher ou relancer des réflexions collectives sur la santé au travail. C'est ce qui sera appelé « des chiffres qui marchent ».

L'expérience montre que pour y parvenir, certaines options méthodologiques sont bienvenues, dont celles proposées par Volkoff et Molinié [4] : donner largement à voir les modalités de fabrication de l'outil quantitatif (la « cuisine » statistique), ne pas compliquer inutilement la présentation des résultats ni les modèles d'analyse, faire preuve de prudence en affirmant des relations de cause à effet, prêter attention à des résultats contradictoires qui sont parfois les plus révélateurs, en somme mettre en œuvre des méthodes mathématiques « qui éclaireraient, mais n'éblouiraient pas » [5].

Ces options sont utiles mais pas suffisantes. Il faut aussi prendre en compte le fait que les entreprises ou les administrations ne soient pas des milieux socialement neutres. « Les jeux sociaux qui se nouent dans les instances paritaires autant que la manière dont le médecin tente de se positionner dans l'entreprise, influencent le travail de sélection et de mise en forme des indicateurs destinés aux acteurs de l'entreprise » [6]. Les

chiffres ne « marchent » qu'en se frayant un chemin dans un faisceau d'intérêts divergents, assortis parfois de formes de défiance ou d'antagonismes.

Les pratiques des équipes de santé au travail dans la mise en œuvre du dispositif EVREST (encadré 1) fournissent des exemples éclairants sur les obstacles qui se dressent ainsi au fil d'une démarche de quantification et dans la mise en débats des résultats qu'elle produit. EVREST a des particularités de ce point de vue, car il a d'emblée été conçu comme un « objet-frontière », en visant « à créer une "infrastructure" commune tout en ouvrant la possibilité d'usages diversifiés » [7]. Quand cela fonctionne bien, EVREST sert de support à des formes de coopération entre des acteurs qui n'ont ni les mêmes préoccupations ni les mêmes intérêts, mais où chacun trouve son compte, chacun se crée des espaces d'échanges. Selon les cas, cependant, cet objectif de coopération est plus ou moins atteint.

À partir de quelques exemples vécus par les médecins et/ou analysés après coup², cet article étudie les modes de déroulement des « EVREST-entreprises » (encadré 1) et leur aboutissement. Dans un

premier temps est examiné en quoi les positions des acteurs vis-à-vis d'EVREST sont révélatrices de tensions entre ces acteurs, y compris des tensions sur les manières de définir la santé au travail et d'agir en ce domaine. Puis sont analysées les logiques d'usage diverses qui prévalent d'un contexte à un autre, avec la question majeure de savoir si l'équipe de santé au travail peut tenir de bout en bout la perspective qu'elle souhaitait proposer aux réflexions communes. Un troisième temps permet d'insister sur le caractère mouvant de tous ces positionnements : une investigation statistique peut prendre un temps assez long entre la décision de mise en route et la présentation des résultats ; au cours de cette période, les attitudes des acteurs ne sont pas nécessairement figées. Enfin, la conclusion est consacrée à une élucidation des impasses ou dérives possibles, et aux façons d'y échapper.

Le propos étant de réfléchir aux conditions dans lesquelles des chiffres peuvent « marcher », il était tentant, pour les besoins d'un article court, d'analyser ce qui s'oppose à cette « marche » et de décrire des heurts, des dérives ou des impasses – ce sera le cas dans

2. Une étude sur des usages d'EVREST en entreprise a été confiée par le Groupement d'intérêt scientifique (Gis) EVREST à B. Barlet, sociologue qui avait déjà conduit des recherches auprès de médecins du travail [8, 9]. Cette étude a été copilotée par l'équipe projet nationale EVREST et M. Gilles de l'ANACT.

↓ Encadré 1

> LE DISPOSITIF EVREST

EVREST (EVolutions et RELations en Santé au Travail) est un observatoire permanent, outil de veille et de recherche en santé au travail, co-construit par des chercheurs et des médecins du travail pour analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé des salariés (voir le site <http://evrest.istnf.fr>).

Initié en 2002 dans une grande entreprise, puis déployé à partir de 2007 dans de nombreux services interentreprises de santé au travail, il est fondé sur le recueil des réponses des salariés à un court questionnaire lors des consultations périodiques. Celui-ci a été pensé pour être proche de la conduite habituelle de l'entretien de santé au travail, afin de s'intégrer au mieux dans son déroulement. Les questions portent sur les conditions de travail, la formation, le mode de vie et l'état de santé lors de l'entretien. La façon d'aborder

le travail est à la fois large par la diversité des domaines évoqués et très succincte compte tenu du faible nombre de questions dans chacun de ces champs. Le libellé des questions sur le travail reprend souvent celui utilisé dans des enquêtes nationales faisant référence. EVREST a été conçu comme un dispositif partagé [7] permettant la production de données nationales en constituant un échantillon d'environ 13 000 salariés chaque année, tout en offrant parallèlement aux médecins participants la possibilité d'adapter le dispositif « à leur main », en fonction de leurs préoccupations locales. Les opérations relevant de ce deuxième usage d'EVREST sont parfois baptisées les « EVREST-entreprises ». On en compte 1 375 depuis les débuts du dispositif. Le présent article propose une réflexion sur le déroulement de quelques-unes d'entre elles.

plusieurs des exemples présentés. Ceux-ci pourraient laisser croire qu'une étude statistique en santé au travail, dans l'entreprise, est par essence éprouvante, qu'elle charrie couramment son lot de frustrations et de rancœurs. Il y a là un biais dû au choix des situations décrites. Parmi les quelques 1 375 « EVREST entreprises » qui ont déjà eu lieu, il ne peut être estimé avec précision le nombre de ceux qui se seraient « bien » ou « mal » passés – un tel découpage serait d'ailleurs beaucoup trop sommaire, car on verra ici la complexité des enjeux d'une telle opération. De nombreux cas d'études peuvent être rapportés dans lesquelles les relations entre les acteurs concernés sont restées sereines, certains sont présentés ici.

DES CHIFFRES INSÉRÉS DANS DES RAPPORTS SOCIAUX

Les équipes de santé au travail engagées dans EVREST attendent des chiffres qu'ils soient une ressource pour mettre en visibilité les problématiques de santé au travail et favoriser le dialogue social sur ces questions. Mais cela ne va pas de soi, car les chiffres s'insèrent dans des rapports sociaux qui pèsent sur les formes de leur réception et de leur reprise par les acteurs. Les positions vis-à-vis d'EVREST (suspicion, scepticisme, attente, intérêt...) sont souvent révélatrices des tensions conceptuelles et politiques sur les manières de définir la « santé au travail » et d'agir. Au cœur de ces tensions figure notamment la controverse toujours reconduite sur la part respective de ce qui, dans la survenue des problèmes de santé, relève des comportements individuels « à risque » ou de l'impact des risques professionnels, autrement dit la question de l'attribution de responsabilités [10]. Par exemple, dans une entreprise

de transport collectif (TRANSP) dans laquelle les rapports sociaux étaient particulièrement tendus, la trajectoire d'EVREST a été émaillée de conflits, tant dans la phase de mise en place du dispositif que dans celle de restitution des résultats. Dans un premier temps, EVREST a fait l'objet d'une méfiance de la part de la direction de l'entreprise. Le questionnaire lui-même était remis en cause. Est-il « fiable » ? Peut-on faire confiance à ceux qui l'ont mis au point ? La direction craignait que le questionnaire ne soit « biaisé », c'est-à-dire qu'il ait été mis au point dans le but de mettre en avant les effets délétères du travail, et qu'il ait pour effet d'exagérer leur importance. La passation du questionnaire par le médecin ou l'infirmière du travail était aussi la cible de méfiance : ces professionnels ne cherchent-ils pas à gonfler les chiffres ? Il existait une crainte que ce qui pourrait ressortir de l'enquête puisse ternir l'image de l'entreprise. En effet, face à des résultats qui faisant notamment état d'une population salariée très fatiguée et anxieuse, la direction se sentait prise en faute et se montrait sur la défensive. D'après la directrice des ressources humaines (DRH), des lacunes propres au questionnaire faisaient apparaître les problématiques de santé des salariés comme relevant uniquement du travail. En réaction, elle affirmait la responsabilité personnelle des salariés face à leur propre santé, en mobilisant des exemples relevant de la sphère du « hors travail » ou bien de choix ou situations de vie personnelle dont elle regrettrait qu'ils n'apparaissent pas dans le questionnaire : les salariés sont fatigués parce qu'ils cumulent plusieurs activités ou parce qu'ils s'occupent de leurs enfants ou de leurs parents âgés dans leurs moments de repos. Face à ces critiques, le médecin du travail a admis que les problématiques personnelles

et professionnelles ne sont pas clairement distinguées dans le questionnaire mais affirmé qu'il n'en reste pas moins pertinent de parler d'effets délétères du travail sur la santé. C'est ici que la discussion a tourné court avec une direction qui, selon les représentants du personnel au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)³ et le personnel médical, était « dans le déni » et refusait de parler des effets du travail sur la santé des salariés, puisque c'était, selon elle, avant tout les modes de vie et situations personnelles qui affectent la santé.

Dès la première séance de restitution des résultats au CHSCT, la direction les a contestés. Cette contestation portait sur les chiffres, leurs modalités de construction, leur « fiabilité », le questionnaire. Aucune discussion sur le fond des problématiques de santé n'a eu lieu. La polémique s'est calmée, mais la difficulté à parler de santé au travail et à engager des actions a perduré. Certains élus ont néanmoins utilisé les chiffres issus d'EVREST pour demander la mise en place d'actions favorables à l'amélioration des conditions de travail. Ils utilisaient notamment les résultats afin de « faire pression » pour la mise en place d'ateliers sur la santé au travail. Les élus racontent que leurs avancées sont menées dans une atmosphère de conflit et qu'ils ont eu recours à une forme de menace : pour éviter une expertise CHSCT qu'auraient justifié les résultats d'EVREST, la direction a accepté la création des ateliers, en collaboration avec le médecin.

De son côté, l'équipe de santé au travail a ressenti une certaine impuissance et un grand découragement vis-à-vis des retombées d'EVREST. La place de la santé au travail reste difficile à négocier, notamment du fait du statut de l'entreprise. TRANSP a obtenu le

3. L'étude a été menée avant l'ordonnance du 22 septembre 2017 instaurant le comité social et économique.

Comment « marchent » des chiffres en santé au travail dans l'entreprise ?

À propos des enjeux sociaux dans les usages de l'observatoire EVREST

marché du transport dans cette ville pour une durée de cinq ans et doit tout faire pour le conserver. Dans cet espace de contraintes, la priorité affichée par la direction est la « compétitivité » sur le court terme et non de mettre en place des actions pérennes. Les membres élus du CHSCT prennent alors la décision d'adresser les résultats d'EVREST par courrier au donneur d'ordre. Selon eux, cette démarche mériterait une réaction, car il est anormal que le maintien d'un contrat de sous-traitance toujours sur la sellette justifie des conditions de travail qui engendrent un vécu si négatif du travail tel que dépeint par EVREST. Le donneur d'ordre ne donnera jamais suite. Cet acte suscite la colère de la direction, mais il est compris de l'équipe de santé au travail : l'infirmière admet avoir espéré que la diffusion de résultats alarmants au donneur d'ordre puisse faire changer les choses, dans un contexte qu'elle estime largement bloqué.

Face à un conflit exacerbé, le médecin du travail remet alors en question sa propre démarche : les résultats d'EVREST étaient-ils « trop violents » pour être exposés ? Dans un contexte de relations sociales aussi tendues, peuvent-ils avoir un autre effet que de mettre de l'huile sur le feu ? Le médecin pouvait-il pour autant s'abstenir d'alerter sur une situation jugée intenable par l'équipe médicale ? Car le dispositif EVREST a bien permis au médecin de jouer son rôle d'alerte. Par la suite, cependant, le jeu entre les partenaires sociaux ne les a pas mis dans une position optimale pour dialoguer et avancer à partir des résultats. Du point de vue de la direction, EVREST, en exposant les problématiques de santé des salariés, se présente comme un obstacle à la productivité dans un contexte où il est primordial de la maintenir pour conserver le contrat de prestation ; tandis que du point

de vue des salariés, le dispositif permet d'objectiver une détérioration des conditions de travail qu'ils ont vécue, de rendre visibles leurs difficultés au travail. Entre ces deux positions, l'équipe de santé au travail peine à se présenter en intermédiaire, car c'est précisément ce qu'elle porte – la santé au travail comme enjeu légitime de débats et d'actions – qui est au cœur du différend entre les acteurs sociaux.

DES CONFLITS D'USAGES DES CHIFFRES

La fabrication des règles d'usages des chiffres, loin d'être le produit de la seule volonté des concepteurs, résulte de multiples interactions entre les acteurs sociaux qui ont des attentes envers les données, leur assignant un rôle qui oriente les acceptations et les usages des statistiques [11 à 13].

S'agissant des chiffres EVREST au sein des entreprises, on observe fréquemment leur reprise dans un usage caractérisé par une logique normative et prescriptive. Quand bien même les médecins du travail s'y opposeraient et défendraient un usage plus descriptif et compréhensif, cet usage se développe jusqu'à, parfois, orienter la façon de définir le domaine mesuré – les relations santé-travail – et les modalités d'actions en son sein.

Ainsi, à propos des comparaisons, une tension est observée entre ces deux logiques d'usage. La première s'inscrit dans une optique plutôt compréhensive. Les comparaisons des résultats dans le temps ou entre secteurs ou métiers servent l'analyse des mécanismes sous-jacents au constat de tel écart. Comparer plusieurs situations permet d'appréhender, en combinant les données quantitatives et les informations qualitatives ou cliniques, ce qui favorise la

protection et la construction de la santé dans certains métiers ou secteurs et les éléments qui peuvent y faire obstacle dans d'autres. Le second type d'usage se caractérise par une optique plus normative en comparant les qualités les unes par rapport aux autres dans un but d'étalonnage et de classement pour prescrire des objectifs (le « bon » niveau à atteindre). La comparaison des résultats tend ainsi à produire une norme, que celle-ci soit le niveau de l'entreprise, du groupe ou des données d'enquêtes nationales. Ce niveau, dès lors supposé implicitement « acceptable », renvoyant le plus souvent à la moyenne, s'impose à la fois comme référence et comme objectif dans le processus de l'action. Ces pratiques inscrivent les statistiques de santé et qualité de vie au travail dans des usages spécifiques : elles deviennent des outils de *benchmarking*⁴. Or « les populations ne sont comparables qu'à l'aune de la cécité construite artificiellement sur leurs différences » [15]. La focalisation sur les niveaux, leur comparaison, les classements et la définition d'objectifs amène finalement à contourner la question de l'imputabilité aux conditions de travail de ce qui est constaté, ou à en restreindre l'analyse.

Dans l'exemple d'un établissement hospitalier (HOSP), dans lequel EVREST a été déployé à différents niveaux depuis 2008, la démarche a été présentée à plusieurs reprises en CHSCT. L'exemple relaté ici concerne la restitution des résultats d'un secteur (« pôle ») suivi au long cours avec passation du questionnaire EVREST lors des visites périodiques par le médecin du travail ou l'infirmière. La restitution des résultats a été faite tout d'abord auprès de l'encadrement du secteur par le médecin du travail et l'infirmière de santé au travail. Il faut souligner un lien particulier entre l'encadrement et l'équipe

4. Bruno et Didier [14] présentent une histoire de ce concept, de son émergence à la fin des années 1970 aux États-Unis à son usage dans les politiques publiques.

de santé au travail qui travaillent régulièrement ensemble pour le maintien dans l'emploi des agents présentant des problèmes de santé. Les résultats ont été présentés sous forme de diaporama lors d'une réunion de 1h30 environ. Les graphiques mettaient en parallèle les résultats d'EVREST concernant la presque totalité du personnel du pôle (environ 200 agents) et les résultats nationaux du secteur de la « santé humaine » (code NAF 86). Ils étaient accompagnés de commentaires qualitatifs entendus lors des consultations et venant éclairer ces résultats. Ceux-ci montraient globalement une fréquence supérieure de facteurs de risques psychosociaux (RPS) (en termes de charge de travail et d'interruption de tâches), de facteurs biomécaniques ainsi que de troubles musculo-squelettiques (TMS) par rapport aux moyennes nationales du secteur considéré tous travailleurs confondus. L'encadrement était globalement peu surpris des résultats et trouvait que cela venait confirmer leurs impressions. Ces cadres cherchaient spontanément des explications aux résultats obtenus. Ils indiquaient qu'une action était déjà menée pour l'amélioration de certaines caractéristiques du travail et qu'ils allaient la poursuivre. Des questions ont également été posées pour creuser les résultats : « Pourriez-vous nous donner un découpage plus fin des secteurs ? ». Cela n'était pas toujours possible compte tenu de la faiblesse des effectifs. Néanmoins, l'équipe de santé au travail a pu fournir des éléments qualitatifs qui ciblaient plus particulièrement certains services. L'encadrement semblait donc, selon l'impression de l'équipe de santé au travail, partager les éléments de diagnostic soumis. Un peu plus tard, du fait de remarques d'agents sur les contraintes de travail dans une unité particulière, l'encadrement

s'est à nouveau rapproché de l'équipe de santé au travail pour connaître son avis : « Ces difficultés sont-elles confirmées par EVREST ? Avez-vous des éléments pouvant nous éclairer ? ». Il s'est avéré que l'équipe de santé au travail avait bien mis en évidence ces difficultés dans les entretiens, elle l'a confirmé à l'encadrement.

Les réactions ont été bien différentes quelques mois plus tard, quand la DRH de HOSP, impliquée dans la préparation d'une enquête sur les RPS reposant notamment sur l'utilisation d'EVREST, a sollicité l'équipe de santé au travail pour une présentation courte des résultats de cette démarche au « bureau du pôle » dans lequel a eu lieu la démarche précédemment décrite. Cette instance regroupe le trio de direction du pôle [le chef de pôle (médecin), le directeur de pôle (administratif), le cadre de santé (personnel paramédical)], ainsi que des représentants des agents hospitaliers. Il s'agit d'une réunion où sont présentés les bilans et perspectives du pôle. Le format de présentation des résultats EVREST était de quinze minutes suivies d'une discussion de la même durée. Plusieurs interrogations ou remarques ont été formulées par le médecin chef de pôle et un autre médecin du service :

- « les différences que vous avez observées sont-elles significatives statistiquement ? ». En réponse, l'équipe de santé au travail a expliqué que le lien statistique n'était pas étudié et que l'objectif de la présentation était plutôt de présenter des chiffres permettant d'éclairer des réflexions en vue d'établir des mesures de prévention. D'autre part, la population étudiée étant exhaustive, il n'y avait pas lieu d'effectuer de test statistique ;

- « l'état de santé moins bon (plus de troubles neuropsychiques) chez le personnel de ce secteur pourrait

tout à fait s'expliquer par le fait que les agents sont majoritairement des femmes seules avec des enfants ». L'équipe de santé au travail a évoqué des références scientifiques sur les liens entre RPS et santé mais n'a pas eu l'impression de convaincre ses interlocuteurs de la nécessité de développer une autre focale que celle centrée sur les caractéristiques des individus et leurs situations personnelles ;

- « la comparaison s'effectue avec le secteur de la « santé humaine ». Ce secteur est trop large. Les contraintes observées dans notre service ne permettent pas que l'on se compare à ce secteur globalement. Il faudrait comparer à un service similaire ».

Dans ces remarques et dans les échanges qui ont suivi, le chef de pôle et le médecin ont appréhendé les chiffres moyens nationaux comme des références, voire des objectifs à atteindre. Au cours de cet échange, ils ont adopté une attitude défensive cherchant à justifier les chiffres « moins bons » de leur secteur en affirmant qu'ils pouvaient tout à fait « s'expliquer » par les caractéristiques des personnes, alors que l'équipe de santé au travail aurait souhaité que les chiffres puissent servir de réflexion pour enclencher une démarche de prévention. Avec le recul, l'équipe de santé au travail pense qu'elle aurait dû davantage insister, au départ de cette présentation, sur l'usage à faire des chiffres présentés : analyse compréhensive et non normative du chiffre⁵. Mais le créneau court proposé lors de l'intervention en trio de pôle n'avait pas permis de développer suffisamment ce point. Elle se demande également si un graphique présentant un croisement données de santé/données d'exposition (en mettant le graphe en illustration) aurait montré les liens santé-travail dans le contexte de ce secteur précisément, et permis

5. Dans un autre cas étudié (voir « L'investigation statistique, un processus »), celui d'un foyer d'hébergement pour adultes déficients visuels (FOYER), le médecin présentant EVREST aux instances paritaires a essayé d'anticiper cette difficulté en précisant directement dans son support de présentation : « Attention, les références ne sont pas des objectifs à atteindre. Les références sont des indicateurs qui permettent de se positionner par rapport à une population générale. Être « mieux » qu'ailleurs ne signifie pas forcément être bien ».

Comment « marchent » des chiffres en santé au travail dans l'entreprise ?

À propos des enjeux sociaux dans les usages de l'observatoire EVREST

davantage une discussion qualitative sur ces relations.

Au regard de cette expérience peu satisfaisante de son point de vue, l'équipe de santé au travail a expérimenté une association plus importante d'un trio de direction dans un autre pôle de HOSP, dans l'élaboration de la démarche en amont de la présentation. L'étude avait eu lieu sur un temps court de 3 à 4 mois. Elle impliquait l'ensemble de l'équipe de santé au travail : infirmier, médecin, intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Elle combinait une approche par entretien avec utilisation du questionnaire EVREST et une observation du terrain par les IPRP. Lors de la mise en place, un temps important a été consacré à l'explication de la démarche et des résultats à en attendre. Il a bien été précisé aux différents acteurs (direction, encadrement et agents du pôle) que cette étape de diagnostic devrait être suivie d'un plan de prévention qui serait élaboré par le pôle en lien avec l'équipe de santé au travail. La présentation des résultats a été réalisée auprès du trio de pôle puis à l'ensemble du service. Le trio a exprimé à l'équipe de santé au travail son intérêt pour cette démarche, retenant notamment la manière dont celle-ci avait amené l'ensemble du service à s'interroger sur les conditions de travail et à réfléchir ensemble sur des pistes de prévention. À la suite de cette intervention, des réunions de service ont été organisées afin de discuter de ces aspects. Par ailleurs, le trio de pôle a également indiqué avoir apprécié l'intervention d'un regard extérieur sur leur façon de fonctionner, être au cœur du service au quotidien ne permettant pas d'avoir suffisamment de recul pour bien apprécier la situation. L'équipe de santé au travail a retenu de cette expérience l'importance de la préparation en amont de la démarche et l'intérêt

de l'implication de l'ensemble de l'équipe de santé au travail avec une approche observationnelle de terrain qui a certainement permis de mieux imprégner l'ensemble du service de l'objectif de l'étude. L'équipe a également eu l'impression que les agents avaient mieux compris les missions du service de santé au travail. Pour le médecin du travail, cette expérience révèle les savoir-faire progressivement acquis : les effets produits par la diffusion des résultats chiffrés ne sont pas toujours ceux attendus, mais les pratiques de restitution et leur analyse permettent à l'équipe de santé au travail d'anticiper ces effets et peser de plus en plus sur les usages des chiffres.

Dans bien des situations analysées, les discussions autour des chiffres révèlent plus largement l'absence de culture de débat sur les enjeux de santé au travail au sein des entreprises. C'est le cas par exemple chez DISTRI, un hypermarché d'une des principales enseignes nationales de grande distribution, situé à la périphérie d'une petite ville. Le CHSCT⁶ fonctionne de manière peu conflictuelle. Les élus travaillent en proximité avec le service Hygiène sécurité environnement (HSE) sur l'analyse des postes de travail. Responsable des ressources humaines (RRH), médecin du travail et élus ont des relations cordiales et chacun estime le travail de l'autre. La RRH est reconnue par le médecin et les élus pour faire davantage sur le volet « conditions de travail » que ses pairs d'autres magasins. Dans ce contexte, la démarche EVREST a pu être menée « sans problème ». La RRH aimait à dire qu'« EVREST fait partie du plan d'amélioration continue ». « Sans problème »... jusqu'à ce que le médecin conditionne la diffusion des chiffres à l'ouverture d'une véritable discussion sur les problématiques de santé au travail identifiées. Cette condition

est proposée par le médecin après une première expérience d'utilisation EVREST qu'elle n'avait pas jugée satisfaisante du point de vue des finalités qu'elle poursuit. Lors de cette première expérience, elle avait développé, à la demande de la RRH, une investigation spécifique sur le travail de nuit. Elle attendait des chiffres qu'ils contribuent au développement d'une discussion collective sur la définition des « problèmes », au plus près du travail réel, et des modalités de leur prise en charge. Or la restitution qu'elle avait faite de son analyse n'a pas été réellement discutée par les élus ou la RRH, bien qu'ils se soient montrés intéressés. Ils n'ont pas non plus donné suite à sa proposition de poursuivre les réflexions afin de construire un diagnostic partagé et des axes d'action concernant l'organisation du temps de travail. En revanche, la RRH a utilisé, sans l'en avertir, une partie des chiffres produits, sortis de leur contexte d'analyse, pour une présentation moins centrée sur la santé et les conditions de travail que sur la gestion des ressources humaines. Le médecin du travail a désapprouvé cette fixation sur « les chiffres » de la part de la RRH et de la direction du magasin. Si beaucoup d'énergie avait été dépensée pour des visites, des actions de prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP), des séances d'ostéopathie et autres « salons du bien-être », l'équipe médecin infirmière du travail a regretté que les problématiques rencontrées ne fussent l'objet que d'aménagements rapides et bon marché, jamais véritablement discutés et réfléchis. Suite à cette expérience, le médecin du travail a poursuivi la démarche EVREST, mais lorsque la RRH demandait « les chiffres », le médecin a choisi cette fois de ne pas les transmettre et a proposé en séance une restitution orale des résultats, avec un support de présentation axé sur

6. L'étude a été menée avant l'ordonnance du 22 septembre 2017 instaurant le comité social et économique.

des thématiques à instruire, des axes de réflexion. La RRH comme les élus ont récusé cette modalité de travail, accusant le médecin de pratiquer de la « rétention d'information ».

L'équipe médicale s'est ainsi engagée dans EVREST avec une perspective de « compréhension », afin de déplier les interrelations et d'enrichir le repérage des voies d'action, tandis que la direction souhaite intégrer les chiffres produits dans un projet de « pilotage » des risques professionnels, dans lequel ils ont embarqué les élus. Le conflit d'usage entraîne des tensions telles qu'il devient impossible d'ouvrir un espace de discussion.

L'INVESTIGATION STATISTIQUE, UN PROCESSUS

Un recueil de données statistiques n'est pas un « événement », un fait instantané qui découperait le temps entre un « avant » et un « après » disjoints. De façon générale, la compréhension et l'action en santé au travail gagnent à s'inscrire dans une perspective diachronique à moyen et long termes [16]. Dans cette perspective, l'investigation statistique elle-même peut être vue comme un processus, doté d'un calendrier plus ou moins prévisible, marqué par des évolutions et des accidents de parcours. La « marche » des chiffres connaît ainsi des périodes plus ou moins longues de blocage, des tâtonnements, des avancées partielles, des inflexions dans les orientations ou les usages.

Ces aléas de trajectoire sont déjà perceptibles dans les exemples évoqués⁷. Chez TRANSP, la posture défensive de la direction a enrayé la réflexion, le temps passe, les représentants des salariés tentent un acte de déblocage en sollicitant le donneur d'ordre, mais l'absence

de réaction de celui-ci fige à nouveau la situation, dans une configuration tendue. Dans le cas de DISTRI, le déroulement d'une enquête antérieure a enclenché une attitude précautionneuse chez le médecin du travail, laissant à leur tour les acteurs de l'entreprise dans l'expectative et un sentiment de déception. Au sein de HOSP, la démarche connaît des rebonds divers : deux présentations successives et espacées, des résultats portant sur un premier service, avec deux accueils très différents ; puis une étude semblable dans un autre service, mais avec une préparation mieux ajustée tirant parti de l'expérience précédente, et un aboutissement plus prometteur.

Dans les exemples présentés, les acteurs concernés étaient à peu près les mêmes de bout en bout. Il n'en va pas toujours ainsi et l'investigation statistique elle-même peut jouer un rôle dans ces variations de « casting ». C'est ce qui s'est produit dans les deux cas suivants.

Dans le premier cas, celui d'un foyer d'hébergement (FOYER, déjà mentionné à la note 5 ci-dessus), le changement d'acteur va d'abord concerner le médecin du travail lui-même. L'histoire de cette intervention commence en 2015, dans un contexte préoccupant : nombreuses visites à la demande des salariés, inaptitudes pour souffrance au travail, réunions du CHSCT stériles où il n'est guère question du travail réel, et même mise en demeure de l'inspection du travail de faire un diagnostic des RPS. L'équipe de santé au travail propose d'établir un diagnostic santé-travail à partir d'EVREST et des études de postes. Quatre-vingt pour cent des salariés remplissent le questionnaire. Leurs réponses sont comparées aux résultats de la branche « hébergement médico-social et social » au niveau national, ainsi qu'aux résultats régionaux interprofessionnels. Pour

l'essentiel, les comparaisons chiffrées et les propos recueillis auprès des personnels se confirment mutuellement ; ils montrent que ces salariés sont fortement engagés dans leur travail, ce qui, selon le médecin du travail, pourrait aller jusqu'à des formes de surinvestissement. Ils indiquent aussi une pénibilité physique et psychique importante, qui se traduit par des troubles de santé (douleurs et fatigue). Ces constats corroborent des problématiques exposées plusieurs fois en CHSCT auparavant, sans qu'aucune décision concrète n'ait été prise. Le médecin du travail jugerait utile de recourir à un consultant externe en ergonomie et en organisation afin de mettre en visibilité les contraintes réelles de travail et de mettre tout en œuvre pour y remédier⁸. Ce diagnostic et cette suggestion sont mal accueillis par la direction de FOYER, qui dénonce dans un long courrier les méthodes de travail du médecin. Il lui est reproché, entre autres, d'avoir rédigé son rapport sans concertation préalable avec les dirigeants. Le courrier évoque la possibilité que des salariés, venus en visite à la demande, aient cherché à manipuler le médecin du travail pour mettre la direction en cause. Sur cette base, le courrier conteste aussi la validité des chiffres, en particulier le fait que les 80 % de salariés interrogés aient été vus en visite périodique. Un vrai conflit s'installe, au point que la direction demande le remplacement du médecin du travail. Celle-ci accepte car elle juge intenable d'exercer sa fonction dans un tel climat de défiance : dans ce contexte, les salariés eux-mêmes se trouveront stigmatisés s'ils demandent à être reçus au service de santé au travail. L'épisode suivant se situe quatre ans plus tard. Le directeur de FOYER a changé et les salariés souhaitent que le médecin du travail écarté revienne. Celle-ci réalise,

7. Le dispositif EVREST est surtout implanté dans des services de santé au travail interentreprises ; la continuité des liens entre l'équipe médicale et une entreprise peut être moindre qu'en service autonome et cela peut contribuer à un déroulement plus heurté des études évoquées ici.

8. Le recours à un consultant extérieur aura lieu dans un 2^e temps, à la suite de la mise en demeure par l'inspection du travail.

Comment « marchent » des chiffres en santé au travail dans l'entreprise ?

À propos des enjeux sociaux dans les usages de l'observatoire EVREST

entre autres, un nouveau recueil de données à l'aide d'EVREST, avec des résultats toujours aussi préoccupants. Les plans d'action qu'elle préconise finiront peut-être par voir le jour.

Le deuxième cas a ceci de différent que le médecin du travail est resté en place, et que ce sont les dirigeants de l'entreprise qui s'en sont éloignés, dans des conditions dont le médecin ne peut se satisfaire. Il s'agit cette fois d'une maison de retraite (EHPAD), où l'infirmière du travail réalise en 2017 un diagnostic santé-travail suite à des plaintes nombreuses lors des visites. Les résultats mettent en évidence la prégnance des RPS notamment un manque de marges de manœuvre d'entraide et de reconnaissance. À nouveau les extraits d'entretiens et les résultats chiffrés s'étaient mutuellement, les propos recueillis permettant de donner aux réponses d'EVREST un contenu beaucoup plus précis, avec de nombreux points critiques, pouvant être pris comme autant de points de départ pour des pistes d'amélioration. L'équipe de santé au travail ne s'attendait pas à ce que ces résultats aient pour effet de déstabiliser fortement la direction de l'EHPAD, qui se montre manifestement affectée pendant la présentation. Quatre membres de la direction sont en arrêt de travail le lundi suivant. Dans les mois qui suivent, le directeur négocie plus ou moins bien son départ, un nouveau directeur est nommé. La responsable de l'organisation, après six mois d'arrêt avec suivi par la cellule souffrance au travail, reprend ses fonctions puis négocie à l'amiable son départ. La cadre de santé restera en arrêt huit mois et reprendra son ancien poste. La responsable de l'hébergement, elle, reprend le travail après un arrêt de sept mois mais sera licenciée pour incompétence professionnelle. Les chiffres auraient-ils « marché »

sur ces cadres ? Sans être certaine du lien de cause à effet entre le diagnostic santé-travail et la fragilisation des dirigeants de l'EHPAD, l'équipe de santé au travail éprouve un important malaise. Elle aurait voulu mettre en question les conditions du travail sans cibler des responsabilités personnelles. Selon elle, les chiffres avaient valeur de constat (même désagréable à entendre) mais désignaient une marge de progrès et auraient justifié que la voix de ces acteurs opérationnels et dirigeants administratifs soit entendue « plus haut », chez des décideurs plus éloignés du terrain. D'un autre côté, l'équipe de santé au travail peut considérer qu'elle a exactement joué son rôle d'alerte et d'expertise. La suite peut lui donner raison. Le nouveau directeur met en place un plan d'actions après avoir actualisé le document unique et fait régulièrement appel au service de santé au travail. Une étude ergonomique est en cours pour les infirmières et une réorganisation va être entreprise en ce qui concerne les tâches, le temps de travail, les horaires et la charge de travail. Cette réorganisation sera basée sur l'analyse du travail réel et la prise en compte des aléas. Le diagnostic initial, appuyé sur EVREST, a bien amorcé une démarche d'amélioration.

CONCLUSION

L'examen des écueils rencontrés dans certaines démarches semble renvoyer à une réflexion plus générale sur la distinction entre « mesure » et « quantification ». « Le verbe "quantifier", dans sa forme active (faire du nombre), suppose que soit élaborée et explicitée une série de conventions d'équivalences préalables, impliquant des comparaisons, des négociations, des compromis, des traductions, des inscriptions, des

codages, des procédures codifiées et répliquables, et des calculs conduisant à la mise en nombre. La mesure proprement dite vient ensuite, comme mise en œuvre réglée de ces conventions » [17]. Or, dans la vie ordinaire d'une entreprise, une statistique est *a priori* considérée comme une mesure ; elle est examinée et commentée comme si le fait étudié avait sa « vraie » dimension, qu'il s'agit juste de révéler. « Les directions ou autres gestionnaires ont une certaine appétence pour le langage chiffré, lui prêtant des qualités de neutralité et de synthèse » [6]. En santé au travail comme dans bien d'autres aspects de la vie sociale, il y a là une source de méprise. Les « négociations », « compromis », « codages »... qui précèdent une enquête dans ce domaine⁹ – et aussi ceux qui la suivent – sont délicats. Or c'est de ces composantes de la quantification, au-delà et autour de la mesure, que dépend le succès de l'investigation. Si l'on en sous-estime l'intérêt, et qu'on fonctionne dans une pure logique de mesure, avec l'idée que les chiffres parleront d'eux-mêmes et trancheront les controverses, les dérives décrites ici tendent à s'amplifier. Tel dirigeant, appréhendant le « verdict » énoncé par le dispositif statistique, en contestera par avance le bien-fondé et/ou se sentira personnellement mis en cause. Tel représentant des salariés, devant un résultat jugé rassurant (parce que « meilleur » que la moyenne sectorielle ou nationale), va redouter que cela ne déjuge des demandes d'amélioration des conditions de travail. Tel professionnel de santé, satisfait d'avoir apporté des éléments d'appréciation de la santé au travail à l'échelle collective, regrettera cependant que les connaissances issues de sa pratique clinique soient désormais reléguées au second plan. Dans tous ces cas de figure la réflexion collective peut se trouver paralysée. Pour que les chiffres produits par

9. Cette remarque vaut y compris quand le questionnaire est déjà entièrement rédigé, comme c'est le cas pour les « EVREST-entreprises ». D'une part, le dispositif permet l'ajout d'une dizaine de questions, librement choisies par l'équipe médicale ; d'autre part l'échantillonnage, le calendrier, les objectifs assignés à la démarche statistique, les recueils possibles de verbatim et les modalités de présentation de résultats, comportent de nombreuses options possibles, qui méritent d'être débattues d'emblée.

les équipes de santé au travail « marchent », il y a donc besoin que leur fiabilité technique – certes nécessaire – s’incorpore à une fiabilité méthodologique plus large, qui englobe les interlocuteurs dans une démarche d’élaboration conjointe, à laquelle la statistique apporte sa contribution, au même titre que les autres sources de connaissance mobilisables. C’est cette élaboration elle-même, dans son ensemble, qui sera porteuse de sens. On peut reprendre ici, à propos des démarches de quantification, ce qu’Alberto Giacometti [18] affirmait à propos de ses sculptures : « *Je ne sais ce que je vois qu’en travaillant* ».

POINTS À RETENIR

- Des résultats statistiques produits et présentés par les équipes de santé au travail (ici, ceux provenant d’études « EVREST – entreprises ») « marchent » s’ils parviennent à éveiller l’intérêt d’autres acteurs dans l’entreprise.
- Les positions de ces acteurs peuvent être révélatrices de tensions entre eux, y compris sur les manières de définir la santé au travail et d’agir en ce domaine.
- Il n’est pas toujours simple, pour l’équipe de santé au travail, de tenir de bout en bout la perspective qu’elle souhaitait proposer aux réflexions communes.
- Au fil de l’investigation statistique et de ses présentations, les attitudes des acteurs ne sont pas nécessairement figées.
- Pour que les chiffres « marchent » il faut donc s’efforcer d’assurer non seulement leur fiabilité technique, mais aussi une démarche d’élaboration conjointe, dans laquelle la statistique apporte sa contribution au même titre que les autres sources de connaissance mobilisables

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | VERBEEK JH, VAN DIJK FJ, MALMIVAARA A, HULSHOF CT ET AL. - Evidence-based medicine for occupational health. *Scand J Work Environ Health*. 2002 ; 28 (3) : 197-204.
- 2 | CHOUANIÈRE D (Ed) - Précis d’évaluation des interventions en santé au travail. Pour une approche interdisciplinaire appliquée aux risques psychosociaux et aux troubles musculosquelettiques. Collection Le travail en débats. Toulouse : Octarès Éditions ; 2019 : 670 p.
- 3 | DESROSIÈRES A - La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique. Paris : Editions la Découverte ; 1993 : 437 p.
- 4 | VOLKOFF S, MOLINIÉ AF - Quantifier sans broyer ? Les statistiques en santé au travail à la rencontre des analyses cliniques. In: Clot Y, Lhuillier D (Eds.), Travail et santé : ouvertures cliniques. Collection Clinique du travail. Toulouse : Erès ; 2010 : 175-88, 254 p.
- 5 | GUEDJ D - La gratuité ne vaut plus rien : et autres chroniques mathématiques. Collection Science ouverte. Paris : Editions du Seuil ; 1997 : 252 p.
- 6 | BOUSSARD V, GILLES M - Des chiffres et des médecins : de la neutralité des chiffres aux reconfigurations professionnelles de la médecine du travail. In: Chouanière D (Ed) - Précis d’évaluation des interventions en santé au travail. Pour une approche interdisciplinaire appliquée aux risques psychosociaux et aux troubles musculosquelettiques. Collection Le travail en débats. Toulouse : Octarès Éditions ; 2019 : 461-72, 670 p.
- 7 | MOLINIÉ A-F, LEROYER A - Suivre les évolutions du travail et de la santé : EVREST, un dispositif commun pour des usages diversifiés. *Perspect Interdiscip Trav Santé*. 2011 ; 13-2 : 1-26.
- 8 | BARLET B - La santé au travail en danger. Dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels. Collection Travail & activité humaine. Toulouse : Octarès Editions ; 2019 : 177 p.
- 9 | BARLET B, MALARMEY H, MEMMI S - Nouveau protocole et baisse de la participation des médecins : la collecte de données de l’enquête SUMER 2016-2017 à l’épreuve de l’organisation de la santé au travail. Vu du terrain TF 268. *Réf Santé Trav*. 2019 ; 157 : 107-17.
- 10 | THÉBAUD-MONY A, DAUBAS-LETOURNEUX V, FRIGUL N, JOBIN P (Eds) - Santé au travail : approches critiques. Collection Recherches. Paris : Editions La Découverte ; 2012 : 357 p.
- 11 | BECK F - Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations. *Genèses*. 2005 ; 1 (58) : 72-97.
- 12 | DIDIER E, NÉVANEN S, ROBERT P, ZAUBERMAN R - La solidité des institutions. Les statistiques de « victimation » de l’Insee (1996-2006). *Genèses* : 2009 ; 1 (74) : 128-44.
- 13 | SALAIS R - Usages et mésusages de l’argument statistique : le pilotage des politiques publiques par la performance. *Rev Fr Aff Soc*. 2010 ; 1-2 (1) : 129-47.
- 14 | BRUNO I, DIDIER E - Benchmarking. L’État sous pression statistique. Paris : Zones ; 2013 : 209 p.
- 15 | COUTAREL F, DANIELLOU F, GARRIGOU A., LANDRY A ET AL. - L’évaluation des interventions ergonomiques. In: Chouanière D (Ed) - Précis d’évaluation des interventions en santé au travail. Pour une approche interdisciplinaire appliquée aux risques psychosociaux et aux troubles musculosquelettiques. Collection Le travail en débats. Toulouse : Octarès Éditions ; 2019 : 257-81 , 670 p.
- 16 | HÉLARDOT V, GAUDART C, VOLKOFF S - La prise en compte des dimensions temporelles pour l’analyse des liens santé-travail : voyages en diachronie. *Sci Soc Santé*. 2019 ; 4 (37) : 73-97.
- 17 | DESROSIÈRES A - Pour une sociologie historique de la quantification. L’argument statistique 1. Collection Sciences sociales. Paris : Presses des Mines. 2008 : 329 p.
- 18 Giacometti A - Je ne sais ce que je vois qu’en travaillant. Paris : L’Echoppe ; 1993 : 22 p.